FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1966 N° 728

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Gilles DERNIS

né le 2 avril 1936 à Paris XVe

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

CONSIDERATIONS GENERALES SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES FAUX KYSTES DU PANCREAS

(A propos de 13 observations).

Président : M. MERCADIER, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1966 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Gilles DERNIS

né le 2 avril 1936 à Paris XVe

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

CONSIDERATIONS GENERALES SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES FAUX KYSTES DU PANCREAS

(A propos de 13 observations).

Président : M. MERCADIER, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK
LEIDEN

1/1/1966

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.) / RICHET (G.)
Physiologie	DEJOURS (P.) / ROUCAYROL (J.-Cl.) / SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.) / TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	N...
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CABROL (Ch.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELCARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie pathologique	BOUYGOU (Ch.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE et A MON PERE

vers lesquels vont toute ma
sollicitude et toute mon affection

A MA FAMILLE

AUX MIENS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544324_0027

A MES COLLEGUES D'EXTERNAT

en reconnaissance de leurs
témoignages d'amitié

A MES AMIS

AU PROFESSEUR AGREGE MAURICE MERCADIER

CHEF DE SERVICE DE CHIRURGIE A L'HOPITAL DE LA PITIE

Il a inspiré cette thèse et nous a fait le grand honneur d'en accepter la présidence.

Ses qualités exceptionnelles, tant humaines que scientifiques, son incontestable autorité en matière chirurgicale ont suscité en nous une très vive admiration.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde gratitude.

AU DOCTEUR FRANCOIS EUDEL

Chirurgien de l'Hôpital SAINT JACQUES

nous le remercions sincèrement de
nous avoir prodigué, au cours de
notre première année d'externat.
d'utiles conseils.

A MESSIEURS LES MEMBRES DU JURY

avec mon plus profond respect.

Aux chefs de service des Hôpitaux de Paris,

Aux maîtres de conférence de
la Faculté de Médecine de Paris,

Ils ont guidé nos premiers pas
dans l'apprentissage d'un
exaltant métier,

nous garderons toujours vivant
en notre esprit leurs enseignements.

A NOS MAITRES D'EXTERNAT

nous avons toujours trouvé auprès d'eux une grande compréhension, ils nous ont largement fait bénéficier de leur expérience de clinicien :

- Docteur André TOUPET
- Docteur Yves LONGUET, chirurgiens
- Docteur Pierre BOURGEOIS, Professeur au Collège de Médecine, Chef de service de réanimation respiratoire à l'Hopital BICHAT
- Professeur Maurice AUBRY
  Chef de service O.R.L. de l'Hôpital LARIBOISIERE
- Docteur Bernard JAMAIN
  Chef du service de maternité
  de l'Hôpital BICHAT,

sa grande gentillesse et son dévouement nous ont beaucoup touchés.

PLAN DE L'EXPOSE

I - INTRODUCTION : NOTIONS D'ENSEMBLE SUR LES PSEUDO KYSTES

II - TRAITEMENTS NON CHIRURGICAUX DES PSEUDO KYSTES

III - GENERALITES SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

1° - BASES DU TRAITEMENT

2° - LES ETAPES PRE-OPERATOIRES

3° - LES TECHNIQUES CHIRURGICALES PROPREMENT DITES

IV - ASPECTS PRATIQUES DU TRAITEMENT CHIRURGICAL :

A propos de 13 observations

V - CONCLUSIONS

VI - BIBLIOGRAPHIE

I - INTRODUCTION

En 1893, Korte décrivait les faux kystes du pancréas comme des collections liquidiennes enkystées, dépourvues de toute paroi histologiquement autonome, distinctes en cela des kystes vrais du pancréas, formations possédant un revêtement épithelial propre, ou pour le moins une paroi de constitution autonome ; cette définition des faux kystes devait par la suite être modifiée. Au fur et à mesure que les années s'écoulèrent, les problèmes d'étio-pathogénie allaient en effet être peu à peu éclaircis : c'est ainsi que déjà en 1911, QUENU entrevoyait comme cause possible des faux kystes une lésion canaliculaire, que MOCQUOT et CONSTANTINI devaient notamment publier en 1925 un mémoire intitulé "Contusions du pancréas et pseudo-kystes", ouvrage dans lequel ils mettaient l'accent sur les relations qui semblaient exister entre d'une part les traumatismes pancréatiques et d'autre part l'apparition des faux kystes.

Néanmoins, à l'heure actuelle, on ignore encore bien des choses sur l'étiologie des pseudo-kystes, en particulier sur le rôle joué par une éventuelle maladie du système excréteur biliaire dans leur gènèse ; il est en effet fréquent d'observer conjointement à la présence des faux kystes, de notables altérations de morphologie ou de perméabilité siègeant à tous les niveaux des voies biliaires, mais on n'a jamais pu élucider si c'était là la cause ou la conséquence de l'éxistence des faux kystes.

Sur le plan thérapeutique, rappelons que la marsupialisation fut la première intervention en date à être proposée ; elle fut inaugurée avec succès dès 1882 par GUSSENBAUER.

.../...

Cela consistait à inciser la poche kystique, puis à évacuer son contenu à l'extérieur, après avoir réséqué la portion exubérante de la poche, enfin on suturait les bords de l'incision au péritoine pariétal et à la peau. Cette intervention devait se compliquer, hélas, dans les suites et assez souvent de fistules pancréatiques intarissables, c'est alors que plusieurs chirurgiens, parmi lesquels DOYEN et KEHR, prirent l'initiative de drainer les fistules ainsi créées dans les viscères se trouvant à proximité du pancréas (estomac et duodenum), ce qui eut pour résultat un assèchement correct et définitif des fistules. Ce principe de drainage fut élargi ensuite au faux kyste lui-même : ainsi se trouvèrent réalisées les premières anastomoses kysto-digestives : notamment, en 1911, OMBREDANNE effectua la première kysto-duodenostomie sur l'instigation de JEDLICKA (1923), de JURACZ (1931), et de WALZEL, ces méthodes de drainage interne par anastomose n'allaient pas tarder à prendre un essor considérable, finissant même par supplanter la marsupialisation. Toutefois, il ne fallait pas crier trop vite au miracle, car dans les suites de ces interventions, il n'était pas rare d'observer un reflux alimentaire dans la cavité kystique, qui constituait, de l'avis même de GRIESSMANN, une source d'infection ultérieure gravissime, ainsi que d'activation de la trypsine intra-kystique. Pour écarter ce risque, KONIG mit au point et réalisa le premier, en 1943, l'anastomose du kyste avec une anse jéjunale exclue, montée en dérivation "en Y", suivant le procédé de ROUX.

Pour sa part, MALLET-GUY introduisit, en 1942, une nouvelle technique chirurgicale, d'exerèse celle-là, la pancréatectomie gauche d'amont et l'appliqua d'abord à une fistule persistante, séquelle d'un faux kyste déjà traité par un drainage externe.

DOUBILET, POPPEL et MULHOLLAND, en 1951, procédèrent au drainage transpapillaire par l'intermédiaire du canal de wirsung, d'un faux kyste en communication évidente avec le dit canal.

En septembre 1958 enfin, se tint le 60° congrès français de chirurgie, qui réunit d'illustres spécialistes : MALLET-GUY, MERCADIER, MICHOULIER .... A l'ordre du jour de ce congrès furent examinés tous les problèmes touchant au traitement chirurgical des faux kystes, en particulier

.../...

les indications opératoires y furent strictement règlementées. En outre, diverses statistiques portant sur des résultats obtenus par les différents procédés opératoires y furent confrontés et amplement discutés.

Après ce survol historique, voyons comment au juste se présentent ces fameux pseudo-kystes ; nous les définirons comme des collections liquidiennes secondairement enkystées, qui résultent de l'irruption, en péritoine cloisonné, des secrétions pancréatiques à travers une brèche pathologique située en un point quelconque d'un des canaux excréteurs de la glande, qui se trouve être souvent en l'occurence, le canal de wirsung.

Comment s'effectue cette brèche canalaire ? Nombreux ont été les mécanismes invoqués, il n'en est pas moins vrai que ceux-ci, même s'ils sont parfois plausibles, restent dans l'ensemble assez discutables.

En premier lieu, on a avancé à lar origine l'hypothèse d'une nécrose : c'est une possibilité et cela s'observe principalement dans l'évolution des pancréatites aigües ou chroniques. Mais pour ce faire, le liquide pancréatique qui circule dans les canaux excréteurs doit se trouver activé, ce qui veut dire que ses enzymes, pour agir, réclament la participation soit de l'enterokinase digestive, soit de la bile. Cela suppose dans un cas comme dans l'autre le reflux d'un de ces deux éléments dans le wirsung. Le suc pancréatique une fois activé attaquerait par autodigestion les parois du canal, créant une brèche.

On a aussi attribué à ces pseudo-kystes une origine lithiasique, un calcul du wirsung par exemple pourrait créer une distension extrême des collecteurs pancréatiques en amont, qui finiraient par se rompre.

On a également parlé d'une étiologie traumatique : il se peut effectivement qu'un traumatisme abdominal particulièrement violent provoque une compression d'avant en arrière du corps pancréatique sur le plan du rachis, et partant une rupture canalaire.

Quatrième cause avancée : un néo du pancréas peut entrainer une brèche, soit par érosion, soit par une nécrose associée.

Quoi qu'il en soit, à la suite de cette rupture canalaire, partielle ou totale, se produit une extravasation de liquide pancréatique :

.../...

celle-ci peut se faire dans deux directions :

- dans certains cas, ce liquide se répandant à travers le parenchyme va rencontrer une induration ou une sclérose par endroits de ce dernier. Cette sclérose va constituer autour de ce "lac" liquidien une barrière l'empêchant de progresser plus loin et la collection sera dite "intra-pancréatique".

- dans d'autres cas, ce liquide pourra franchir le plan de la capsule glandulaire, au devant de la face antérieure du pancréas, et venir aboutir soit au contact de la face postérieure de l'estomac, soit au voisinage des mesos peritoneaux péripancréatiques, mais feuillets péritoneaux ou viscères voisins vont à leur tour réagir à cette agression par un processus inflammatoire hyperproduction de fibrine et néovascularisation. Celui-ci limite, endique en quelque sorte cette irruption liquidienne. Ainsi se trouvera constituée une collection dite "extra pancréatique".

D'autre part, ce liquide pancréatique provoque parfois, par autodigestion due à l'action de ses ferments activés, une nécrose d'une portion de parenchyme glandulaire, mais il est à noter que cette nécrose sera toujours limitée, parcellaire, puisque de toutes façons, la collection liquidienne sera secondairement enkystée, comme nous venons de le voir. C'est ce qui faisait dire à MERCADIER : "alors que les destructions nécrotiques majeures sont incompatibles avec la survie du malade, les nécroses limitées aboutissent à l'enkystement, ce sont ces foyers nécrotiques qui qui constituent les pseudo-kystes du pancréas.".

D'un autre côté, et nous le verrons plus loin à propos d'observations, le diagnostic du faux kyste ne peut, souvent, être porté que tardivement, en début d'intervention, dès l'ouverture de la cavité abdominale. En effet, les renceignements que nous fournissent la clinique, la radiologie, ou le laboratoire sont en général trop imprécis pour nous permettre de nous faire d'emblée une opinion arrêtée, et finalement nous sommes obligés d'avoir recours à une exploration chirurgicale.

.../...

Soulignons en outre le très grand intérêt présenté par les méthodes d'investigation radiologiques et radiomanométriques per-opératoires, mises en route en cours d'intervention :

- sur le plan diagnostic d'abord : nombre de formations passées inaperçues cliniquement ou à l'exploration chirurgicale "de visu" ont pu être mises en évidence grâce à l'un ou l'autre de ces procédés ; de plus, kystographies, pancréatographies, radiomanométrie, après opacification des voies biliaires, et même splénoportographie nous permettent d'apprécier très exactement les dimensions, la topographie de la poche kystique, de préciser les relations de celle-ci avec le wirsung, l'état morphologique et fonctionnel des voies biliaires et du carrefour bilio-pancréatique, nous renseignent aussi sur un éventuel degré d'hypertension portale.

- sur le plan thérapeutique en second lieu, car ce sont ces éléments d'appréciation qui amènent le chirurgien à se prononcer en faveur de tel ou tel procédé thérapeutique, les indications opératoires sont établies en effet principalement en fonction de la nature et du siège de la formation et tiennent compte de l'état des organes avoisinants (voies biliaires notamment) ; le traitement des faux kystes, de nos jours, est exclusivement du ressort chirurgical ; toutes les autres tentatives se sont révélées par trop décevantes ; on distingue en gros deux types d'interventions :

- les unes, palliatives, se proposent d'assurer une mise à plat et un assèchement progressif de la collection qui soient les plus complets et les plus durables possible :

. soit que l'on aspire le contenu kystique au moyen d'un drain placé temporairement dans la cavité, directement à l'extérieur : c'est le drainage externe,

. soit que la collection soit drainée dans un viscère creux voisin (estomac, duodenum ou jejunum) ; on réalise alors des anastomoses kysto-digestives ; il semble que ce soit la solution la plus physiologique, car le contenu se trouve petit à petit éliminé dans les voies digestives ; telles sont les méthodes dites de drainage interne,

. soit enfin, lorsqu'il existe une large communication de la cavité kystique avec le canal de wirsung, qu'un drain soit laissé en place dans ce dernier et extériorisé, cela nous ramène au drainage externe.

.../...

- le deuxième type d'intervention dont nous disposons est, celui-là, une méthode d'exerèse : la pancréatectomie gauche d'amont ; elle comporte, outre l'exerèse du cratère d'implantation du faux kyste, l'ablation de la portion pancréatique d'amont, qui déverse en permanence ses sécrétions dans la cavité, selon MALLET-GUY, étant ainsi responsable de son entretien ; elle a de plus l'avantage d'enlever des lésions pancréatiques importantes et évolutives parfois cytostéatonécrose, oedème ou irréversibles, telles que sclérose ou calcifications multiples.

Nous nous proposons, dans les chapitres suivants, de faire le point :

- d'une part de nos connaissances sur les grands principes pathogéniques qui sont à la base de tout le traitement des faux kystes.

- d'autre part des méthodes thérapeutiques en notre possession à l'heure actuelle ; certes, celles-ci se sont révélées d'une incontestable efficacité, mais nous ne saurions trop insister sur la nécessité de poser pour chacune d'elles des indications nettes et précises et des conditions opératoires bien déterminées.

Quels résultats est-on en droit d'escompter de ces méthodes ? A cette question nous nous efforcerons de répondre en donnant quelques statistiques qui ont été publiées ces dernières années.

Enfin, l'exposé de 13 observations que Monsieur le Professeur MERCADIER a eu l'extrême gentillesse de mettre à notre disposition nous aidera à mieux comprendre comment dans la pratique courante, on peut être amené à diagnostiquer et à traiter ces formations.

.../...

II - TRAITEMENTS AUTRES QUE LES PROCEDES CHIRURGICAUX USUELS

Rappelons qu'à côté des procédés classiques que nous venons d'énumérer, bien d'autres thérapeutiques ont été essayées, qu'il s'agisse des agents physiques, de régimes alimentaires ou de moyens chirurgicaux, mais elles n'ont abouti qu'à de flagrants échecs ; MICHOULIER, dans sa thèse de médecine de 1958, en cite plusieurs :

- le traitement de wohlgemuth, qui comportait un régime antidiabétique, et de plus, l'administration massive de substances alcalines et privation complète d'hydrates de carbone (HEINEKE)

- la radiothérapie et la curiethérapie (CULLER)

- les injections sclérosantes locales (PAROIA)

- les sutures pancréatiques (BERARD et STUEK)

- les ponctions transpariétales (FERNANDES)

- des procédés utilisant le pouvoir de résorption du péritoine (MISSIR, LOGLOV).

De nos jours, seuls les médicaments "antienzymes", dits inhibiteurs de kunitz (iniprol ou zymofren) sont d'un intérêt certain dans le traitement des faux kystes ; ils s'avèrent en effet utiles pour enrayer le processus de nécrose, si fréquemment observé ; on les prescrit couramment après l'intervention, comme traitement complémentaire, aux doses journalières de 700 000 à 2 000 000 d'unités.

.../...

III - GENERALITES SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

1° - Bases du traitement

Une seule notion est capitale à retenir : le pseudo-kyste renferme du liquide pancréatique issu d'une brèche canalaire ; ce liquide est secrété par la portion amont du pancréas, comme le prouve la pancréatectomie d'amont qui assèche cette cavité, à condition toutefois qu'il n'existe pas d'obstacle en aval ; un calcul de même qu'une maladie du sphincter d'oddi provoqueraient alors un reflux.

En second lieu, la cause de l'interruption canalaire (traumatisme, nécrose ou cancer) nous fournit des indications sur le potentiel évolutif des faux kystes ; traumatique, la formation n'a aucune chance d'évoluer ; dans la majorité des cas, un drainage externe ou interne suffiront pour en venir à bout ; il n'en va pas de même pour les faux kystes nécrotiques ou néoplasiques qui traduisent en clair une maladie pancréatique sous-jacente ; dans ces cas, la pancréatectomie d'amont serait infiniment plus souhaitable ; mais vouloir schématiser les choses de cette façon est un peu abusif. En réalité, bon nombre de pseudokystes guérissent par drainage externe ou interne, mais par quel processus ?

NICOL a admis qu'il y aurait mort fonctionnelle du pancréas, qui se scléroserait, s'atrophierait, cesserait de secréter dans la brèche ; c'est également à ce point de vue que se sont ralliés MALLET-GUY, FEROLDI, MICHOULIER, GIURIA et INFRANZI, à la suite de travaux expérimentaux effectués en 1954 sur des chiens, ayant pour but de reproduire des pseudokystes, par section du canal de wirsung a la partie moyenne du corps pancréatique et création d'un cloisonnement, soit par incarcération du pancréas dans une

../...

plicature longitudinale de la paroi postérieure de l'estomac et suture séro-sereuse, soit par plicature à triple suture du grand épiploon ; voici en bref ce que ces auteurs purent constater :

- du 4e au 20e jour, sur un lot de 15 chiens, 7 fois l'apparition de collections pseudokystiques de diverses capacités fut notée ; en outre, dans le segment amont du pancréas, furent observées des lesions inflammatoires, de l'oedème et de l'hypertrophie, et parfois de la cytostéatonécrose ; le segment aval, en revanche, était indemne ;

- du 22e au 40e jour, fut notée une retraction très nette du pancréas d'amont ainsi qu'une sclérose s'accentuant, une destruction par endroits des lobules ; on ne vit pas apparaître de pseudokystes et le pancréas aval était toujours intègre.

- enfin, du 40e au 156e jour, sur un ensemble de 14 chiens, fut observé un cas de pseudokyste au 86e jour ; chez les 13 autres, on constata une atrophie "en ficelle" du pancréas amont.

En second lieu, on peut se demander s'il n'y aurait pas nécrose, puis élimination en bloc de ce pancréas d'amont, véritable pancréatectomie spontanée ; cela expliquerait la présence des séquestres sphacéliques de pancréas nécrosé dans le liquide kystique.

Enfin, la brèche latérale du wirsung ne se cicatriserait-elle pas spontanément à la longue ? C'est ce que constata une fois MALLET-GUY, par comparaison de radiographies successives, après avoir injecté du lipiodol dans un trajet fistuleux temporaire résultant d'un drainage externe.

2° - Les étapes pré-opératoires

A vrai dire, le diagnostic de faux kyste n'est pas tellement commode à poser, comme nous le verrons par la suite ; malgré tout, un quadruple bilan s'impose, avant que nous nous décidions à intervenir.

Le bilan clinique d'abord : très souvent, c'est à l'occasion de signes de pancréatite aiguë ou chronique que nous devrons nous demander s'il ne se constitue pas de façon latente un pseudokyste, en particulier devant des douleurs épigastriques, constantes ou intermittentes, irradiant

.../...

dans le dos ou vers l'un des deux hypocondres, un état de choc, des nausées, des vomissements, une asthénie, des troubles dyspeptiques, un diabète récent.

Parfois, existe un syndrome ictérique marqué ; plus rarement, nous trouvons à l'examen de l'abdomen une "tuméfaction" épigastrique ou d'un des deux hypochondres, rénitente et sensible ; parfois même, le pseudokyste se révèle à l'occasion d'une pleurésie (SARLES et MALLET-GUY) ; nous en donnerons ultérieurement une observation ; le bilan clinique s'attachera surtout à apprécier l'état général, et plus précisément à noter le degré d'asthénie, d'amaigrissement, de deshydratation et de température.

En second lieu, des précisions supplémentaires pourront être apportées par la radiologie :

- des radiologie de l'abdomen sans préparation pourront déceler soit les contours de l'ombre kystique, soit de fines calcifications, soit des calculs dans l'aire de projection pancréatique, témoins d'une pancréatite chronique ou d'une lithiase.

- des clichés en série de la région gastroduodénale noteront d'éventuelles images de déformation du cadre duodénal et de l'estomac.

- un lavement baryté pourrait montrer une silhouette de contour à hauteur du transverse ou de l'angle gauche.

- des cholangiographies pourront dépister une compression du cholédoque rétro pancréatique par la collection ; elles nous renseignent de plus sur l'état morphologique et fonctionnel des voies biliaires et du carrefour biliopancréatique.

- nous disposons depuis 1953, de procédés radiologiques permettant de faire des tomographies axiales du pancréas, dessinant soit la formation, soit des images de refoulement de l'estomac.

- enfin, en présence de signes d'hypertension portale, il sera utile de demander une splénoportographie.

Tertio, un bilan biologique s'imposera, comportant numération formule sanguine, amylasémie et amylasurie, urée et glycémie, taux de prothromoine, un dosage des électrolytes sanguins et un tybage duodénal, après injection de secrétine.

.../...

Après ce triple bilan, nous nous déciderons à entreprendre une exploration chirurgicale. A ce stade seulement, le diagnostic de faux kyste pourra être affirmé, au vu de la collection pancréatique. Le premier temps opératoire sera consacré à une investigation radio-chirurgicale, effectuée au moyen d'un appareillage de manipulation aisée et permettant le développement rapide de séries de clichés.

La kystographie après injection de lipiodol dans la collection, la pancréatographie (descendante plutôt que rétrograde), la radiomanométrie des voies biliaires, voire la splénoportographie feront le diagnostic topographique précis de la formation et affirmeront d'éventuelles lésions des voies biliaires, du carrefour bilio-pancréatique, ou du système porte (compression veineuse).

Il conviendra d'adjoindre à ces explorations un prélèvement par ponction du liquide kystique, en vue d'examen chimique et cyto-bactériologique. De même, une biopsie du tissu pancréatique sera faite. Compte tenu des résultats fournis par ce quadruple bilan, le chirurgien pourra alors opter pour telle ou telle méthode de traitement.

3° - Les techniques chirurgicales proprement dites

Elles sont quatre à être utilisées de nos jours. Citons dans l'ordre :

1) Le drainage externe

On entend par là une évacuation du contenu kystique à l'extérieur, après incision de la poche.

Au tout début, on se contente d'une simple ponction évacuatrice, mais cela n'amena que des déboires : écoulement intrapéritonéal et blessures vasculaires et viscérales importantes ; on dut vite y renoncer.

Puis la marsupialisation, introduite par GUSSENBAUER en 1882, resta longtemps l'opération de choix, mais on vit souvent dans les suites se constituer des fistules interminables qui conduisirent à plus ou moins brève échéance à une réintervention de fistule anastomoses. Aujourd'hui, on ne l'utilise pratiquement plus.

Le véritable drainage externe se conçoit de nos jours comme

.../...

un drainage aspiratif, institué après large ouverture de la collection et exérèse des séquestres nécrotiques. On laisse en place dans la cavité et pendant un certain temps un drain (de KEHR en général) que l'on extériorise à la paroi abdominale par contre-incision. Cette méthode améliore toujours considérablement l'état local et les conditions générales du malade, ne comporte aucun danger, mise à part la possibilité d'infection, passagère, de la cavité. Elle s'intègre souvent comme première phase d'un plan thérapeutique volontairement fractionné en deux temps, lorsque par la suite, on envisage une pancréatectomie d'amont. Ses indications quasi-systématiques sont les faux kystes traumatiques et ceux insérés très à droite, il s'avère impératif pour les pseudokystes infectés, chez les sujets en très mauvais état général et chaque fois que les conditions opératoires ne permettent pas une dissection correcte de la poche.

En conclusion, procédé simple, peu traumatisant, donnant des résultats très honorables, si l'on se réfère aux statistiques de MALLET-GUY et MICHOULIER. Il donne en effet :

- 40 % de guérisons pour les faux kystes nécrotiques
- 60 % de guérisons pour les faux kystes traumatiques.

MALLET-GUY a analysé 232 résultats de drainage externes effectués sur des faux kystes nécrotiques, et a constaté :

- 108 guérisons opératoires
- 112 échecs, dont 71 fistules et 41 récidives
- 12 décès.

2) Le drainage interne

OMBREDANNE en fut le promoteur, réalisant en 1911 la première kysto-duo-dénostomie. En 1923, JEDLICKA lança la kysto-gastrostomie, que JURACZ, en 1931, effectua par voie transgastrique. En 1948, GRIESSMANN a rapporté 31 cas de kystes traités d'emblée par drainage interne. Parmi les nombreuses publications écrites sur ce sujet, mentionnons celles de ZAGUSSIS, en 1951, qui rapporte 91 cas de kysto anastomoses, celles de MOUSSEAU et de DE FERON, en 1956. Rappelons que le procédé consiste dans "la vidange" du faux kyste dans un viscère creux voisin : estomac, duodenum, jejunum et même la vésicule biliaire. Cette dernière anastomose,

.../...

proposée par WALZEL en 1927, s'avéra d'ailleurs insuffisante et amena parfois des poussées de pancréatite aiguë hémorragique. On dut donc l'exclure.

De nombreuses critiques se sont élevées à l'encontre du drainage interne. Nous pouvons, pour notre part, lui reprocher un défaut de principe : celui d'aboucher une paroi viscérale vraie à une pseudoparoi, sans individualité et de surcroit inflammatoire, d'où les risques de sténoses, de désunion de suture. Parmi les complications entraînées par le drainage interne, ALTSHULER et MYERS ont signalé un cas d'anémie pernicieuse, MAXEINERS a constaté un ulcère peptique hémorragique sur bouche de kystogastrostomie. Enfin, GRIESSMANN a longuement insisté sur le reflux du contenu gastrique dans le kyste, pouvant provoquer non seulement une nécrose pancréatique tardive (mentionnée par DELANNOY, LAGACHE), mais surtout une infection chronique de la cavité. Pour écarter ces risques, KONIG préconisa et mit au point la kysto-jejunostomie, par montage d'une anse jejunale exclue, en "y", selon la technique de ROUX. Après section d'une anse jejunale, à 40 cm de l'angle duodeno-jejunal, on monte la partie efférente de l'anse, à travers une brèche transmésocolique, et on l'anastomose soit avec le kyste, soit avec le canal de wirsung, quand il y a communication entre les deux. Puis on rétablit la continuité digestive, en suturant le segment afférent de l'anse avec la portion montée, par anastomose termino-latérale. Le sens du péristaltisme de l'anse montée exclut tout reflux. GURWITZ, puis MIGLIACCIO et LAURELLI, BORNEMEIER et ROSI ont mentionné les excellents résultats obtenus par cette technique, signalant notamment la disparition très précoce, sur des clichés radiographiques, de l'image cavitaire et la chute rapide de l'amylasémie (dans un cas de SHUMAKER, le taux est passé de 952 à 133 U.). STAVRE a obtenu pour 15 kyatojejunostomies, 12 guérisons sans séquelles, 1 phlébite, 1 ictère passager, 1 hémorragie postopératoire.

Cela dit, le drainage interne a des applications bien précises :

La kysto-gastrostomie s'adresse aux collections sus et rétro-gastriques ; la kysto-duodénostomie, aux formations céphaliques en contact de la paroi duodénale.

La kystojejunostomie en Y est indiquée comme dérivation des

.../...

formations développées vers la grande cavité péritonéale. Il semble que l'indication d'anastomose d'emblée soit à rejeter, du moins en ce qui concerne les faux kystes nécrotiques, sauf cas particuliers. Enfin, des conditions opératoires rigoureuses seront exigées. On ne saurait en effet trop insister sur la nécessité de placer l'anastomose au point déclive de la collection, d'apporter un soin tout particulier à l'hémostase, et de donner des dimensions suffisantes à l'anastomose pour éviter une sténose, en outre, on exigera une évacuation et un assèchement progressif de la collection.

En résumé, c'est une technique assez complexe et qui inclut des risques d'hémorragies et d'infection. Elle a des indications en relation directe avec la topographie du pseudokyste.

Des statistiques globales donnent pour cette technique :

- 77 % de guérisons
- 19 % de morbidité persistante
- 4 % de décès.

Encore ne s'agit-il que de données approximatives, puisque 25 % des guérisons obtenues portent sur des cas publiés isolément.

3) Le drainage transpapillaire du wirsung

Cette méthode a été mise au point par DOUBILET, POPPEL et MULHOLLAND, ces auteurs, partant du principe que la grande majorité des pseudokystes étaient en communication avec le canal de wirsung et qu'à l'origine de ceux-ci il existerait une sténose sphinctérienne, et que la nécrose résultant de l'activation du suc pancréatique par la bile refluerait dans le wirsung par l'intermédiaire d'un canal commun. Donc, à leur avis, le drainage transpapillaire empêcherait ce reflux. En réalité, cette hypothèse ne tient pas à la lumière des faits : le dispositif de canal commun est loin d'être constant. En second lieu, s'il existe un obstacle, il ne se trouve pas forcément au niveau du sphincter d'oddi, mais plutôt sur le système excréteur, à la jonction pancréas sain-kyste.

Cette méthode s'effectue de la façon suivante : on incise d'abord le duodenum, puis on repère l'orifice de la papille dans lequel on introduit un catheter en polythène, en le poussant à fond, sous contrôle

.../...

radiologique jusque dans la cavité kystique. L'extrémité opposée du catheter ressort d'abord soit par contre incision duodénale punctiforme, soit par voie transcholédocienne, enfin il sera amené à l'extérieur après une contre-incision parietale. Les indications d'un tel procédé sont limitatives : il s'agit uniquement des cas où la collection communique largement avec le wirsung dilaté. En cas d'obstacle papillaire gênant l'introduction du drain, une sphinctérotomie s'imposera. DOUBILET publia en 1953 une statistique portant sur 178 cas de pseudokystes nécrotiques traités par ce procédé, et enregistra :

- 137 guérisons
- 34 résultats médiocres ou mauvais
- 7 décès.

Quoi qu'il en soit, toutes ces techniques de drainage ne traitent que le faux kyste, elles ne tiennent aucun compte des lésions de pancréatite si fréquemment associées. C'est pourquoi il nous faut parler à présent d'une méthode plus radicale, d'exerèse, qui remédie largement aux insuffisances du drainage. Il s'agit de :

4) La pancréatectomie d'amont

MALLET-GUY en fut l'innovateur. Il l'appliqua pour la première fois en 1942, à l'occasion d'une fistule persistante après drainage externe d'un faux kyste, d'évolution récidivante. Pour cet auteur, le fait essentiel est que "la collection est entretenue par les secrétions du segment situé en amont de la perte de substance du wirsung, bref du segment amont de la glande" ce qui veut dire,que, pour tarir ces secrétions, il faut du coup enlever cette portion amont. C'est donc à la fois un traitement palliatif et étiologique.

En pratique, après un décollement prudent du duodeno-pancréas et ligature des vaisseaux, on effectue une section au niveau de la portion glandulaire située immédiatement à gauche de l'implantation du faux kyste, et même une exerèse du kyste, si la dissection le permet. On fait une suture des deux bords de la tranche de section à points appuyés. Lorsque la rate participe à la constitution de la poche, on effectue une splenectomie, après ligature des vaisseaux spleniques.

.../...

Pour réaliser cette intervention, deux conditions devront être réunies :

- le foyer d'origine du pseudo-kyste ne devra pas dépasser à droite l'aplomb de la veine porte.

- les voies pancréatiques en aval devront être rigoureusement perméables pour permettre au suc de s'écouler normalement.

Cette intervention s'adresse aux pseudokystes situés au niveau de l'isthme et de la queue, reconnus stériles à l'examen extemporané du liquide, et aussi aux fistules pancréatiques résiduelles après drainage externe ou comme second temps concerté après drainage externe correct des kystes très infectés ou lorsque les conditions générales ne permettent pas d'emblée une opération de 2-3 heures.

Au total, il s'agit d'une intervention délicate, réclamant une grande expérience, une hémostase minutieuse, qu'il n'y a intérêt à décider que si le sujet se trouve en assez bon état général. MALLET-GUY, effectuant 21 pancréatectomies d'amont, dont 9 sur des fistules après drainage externe, 9 sur des récidives de faux kystes après drainage externe, 2 après anastomose, 1 d'emblée, a obtenu :

- 10 guérisons parfaites, dont plusieurs furent suivies pendant assez longtemps (de 3 à 14 ans)
- 2 décès post-opératoires
- 3 décès survenus dans les semaines suivantes
- 6 décès par affections contingentes.

Il semble bien que cette technique n'est à employer qu'en dernier ressort, après avoir épuisé les autres possibilités de drainage, compte tenu des échecs ou des récidives antérieures.

Telles sont les techniques dont nous disposons. Malgré leurs relatives imperfections, elles apportent dans bien des cas, sinon une guérison définitive, du moins une très nette sédation des symptômes, et une bonne reprise de l'état général du patient, qui lui permet de retrouver assez rapidement une activité, professionnelle ou non, normale.

A présent, nous allons illustrer notre étude de quelques observations.

.../...

IV - ASPECTS PRATIQUES DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

A PROPOS DE 13 OBSERVATIONS

OBSERVATION n° 1

Monsieur COR..., 34 ans, présente périodiquement, depuis 1957, des crises douloureuses durant de 15 jours à un mois ; il s'agit essentiellement de pesanteurs epigastriques et periombilicales, à irradiations postérieures, non influencées par l'alimentation ; entre ces crises, persiste un endolorissement de la fosse iliaque droite qui survient trois heures après les repas, au cours d'une de ces crises, le patient a même présenté un léger subictere avec urines foncées et selles décolorées ; des radios gastro-duodenales, pratiquées en 1958 montrèrent une image pouvant faire penser à un ulcère du bulbe ; de même, des cholecystographies notèrent un choledoque bien injecté jusqu'au bord supérieur du pancréas, difficile à voir plus bas ; il est admis dans le service le 5 novembre 1959 : on demande une amylasemie, qui est à 60 u.s. au tubage duodenal, la lipase est subnormale dans 2 échantillons seulement ; par ailleurs, une numération donne les chiffres de 4 200 000 G.R. et de 6 200 G.B. ; la glycemie est à 0,80 g/l, l'urée à 0,30 g/l, le taux de prothrombine à 70 %.

Nous intervenons le 25 novembre :

- incision paramediane droite débordant l'ombilic de 3 travers de doigt ;

- nous notons une collection sus-pancréatique, en regard du rachis, constituée en partie par le péritoine coeliaque postérieur soulevé par une tuméfaction sur laquelle est venu se coller le petit epiploon ;

- une kystographie dessine un kyste du volume d'un poing d'adulte,

.../...

avec un prolongement vers le médiastin et la tête du pancréas, sans communication avec le wirsung ;

- en avant, le pancréas est dur, court, hypervascularisé ; on tente de ponctionner le wirsung à ce niveau, sans succès ;

- une radiomanomètrie par ponction vésiculaire ne note aucune anomalie biliaire, aucune anomalie morphologique ou fonctionnelle de l'embouchure duodenale : pas de canal commun, pas de reflux dans le wirsung ;

- décollement duodeno-pancréatique, puis duodenotomie punctiforme, reperage de la papille ; tentative de cathétérisme du wirsung, en vue d'effectuer une pancréatographie retrograde ; on échoue là encore ; fermeture de duodenotomie ;

- mise en place d'une sonde de pezzer dans la vésicule, pour drainage provisoire, extériorisée par contre incision parietale droite ;

- ouverture de la collection sus pancréatique, d'où on évacue surtout du sang et des débris sphaceliques ; mise en place d'un drain en son intérieur, extériorisé par contre-incision pariétale gauche ;

- fermeture de la paroi et de la peau en 2 plans ;

- en postopératoire, on prescrit des perfusions de serum glucose (2 L/24 h), pénicilline, clna, vitamine C, gluconate de ca ;

Dans les suites immédiates, le drain kystique ne donne rien ; au 15e jour, survient un clocher thermique à 40°, et, du 15 au 30 décembre, la température oscille entre 37°5 et 39° ; s'y associent sueurs, asthenie, anorexie, amaigrissement, indices d'une suppuration profonde ; on change alors le drain kystique, qui cette fois fonctionne, ramenant au début du pus, mêlé à des débris sphacelo-hemorragiques ; la température revient progressivement à la normale sous kanamycine.

Le 16 mars 1960, le sujet est revu en excellent état général et a repris du poids.

Au total, observation d'un pseudokyste du corps ; un drainage externe a été effectué ; dans les suites immédiates toutefois, la cavité s'est infectée ; peut-être le drain s'est-il bouché ; le changement de drain sous antibiotiques a amélioré rapidement l'état général du malade ; en outre, on

.../...

a noté que le pancréas d'amont était induré, ce qui ne nous a pas permis de faire des pancréatographies.

OBSERVATION n° 2

Monsieur P..., agé de 42 ans, présente en juin 1958 un épisode fébrile à 38°, des douleurs de hypocondre gauche, un ictère minime avec selles à peine décolorées, urines discrètement teintées, et de plus, une asthénie importante ; ces symptomes ne persistent qu'une semaine, puis tout rentre dans l'ordre ;

en octobre, se reproduisent les mêmes symptomes, cette fois-ci beaucoup plus nets, avec urines très foncées et rares, selles assez blanches douleurs à type de coliques ;

Le 13 octobre 1958, le sujet subit une cholecystectomie pour "phlegmon vésiculaire" ; les suites opératoires sont satisfaisantes et le malade rentre chez lui en décembre ; les symptomes ont disparu, tout va bien jusqu'au 25 octobre 1959, date à laquelle survient une crise douloureuse de grande intensité : les douleurs ont le type de coliques se situant surtout à gauche et irradiant en arrière et dans l'épaule gauche ; elle s'accompagnent de frissons, de sueurs, d'une très grande asthénie, d'une anorexie, et d'un fébricule à 38°, de vomissements ; de plus, existe une légère constipation ; les douleurs persistent jusqu'au 12 janvier ; on se décide alors à l'hospitaliser ; l'examen à son entrée note : un abdomen souple, la palpation de la région sous-costale gauche et du creux épigastrique réveille une douleur ; un transit baryté montre un élargissement du cadre duodénal ; l'amylasémie est à 512 U. Indéniablement, on se trouve en présence de crises douloureuses d'origine pancréatique ; en outre, la calcemie est à 102 mg/L, le taux de prothrombine est à 100 %, la protidémie à 73g,5/L, la numération donne les chiffres de 4 020 000 globules rouges et 5 200 globules blancs ; on pose donc le diagnostic de pancréatite subaiguë à rechutes et on intervient, pour explorer, le 21 janvier 1960 :

- incision para médiane droite.

- découverte de nombreuses adhérences : épiplo-pariétales, de l'angle droit du colon à la face inférieure du foie, du duodenum au lit vésiculaire ;

.../...

- on note un pseudokyste prépancréatique, avec sphacèles superficielles de l'isthme et de la queue.

- décollement duodeno-pancréatique et exposition du pédicule hépatique : la voie biliaire principale est aisément repérée.

- incision de la collection et évacuation de liquide séro-hématique et de débris sphacéliques.

- une radiomanomètrie par la voie biliaire principale note un certain degré de distension de l'ensemble des voies biliaires au-dessus du cholédoque, il y a arrêt du diodone au niveau de celui-ci.

- duodenotomie longitudinale ; reperage aisé de la papille ; on effectue un cathétérisme du wirsung, pour pancréatographie rétrograde ; celle-ci note une trame canaliculaire normale ;

- sphinctérotomie étendue vers le haut ; mise en place d'un drain dans le wirsung, extériorisé par contre-incision duodénale punctiforme ; suture de duodenotomie ; on fait ressortir l'extrêmité du drain au dehors après une contre-incision pariétale droite.

- mise en place d'un drain en regard du pancréas, extériorisé par contre-incision gauche.

- fermeture paroi et peau.

Les suites opératoires sont excellentes ; l'aspiration ramène 500 cc de liquide au 2ème jour ; le 30 janvier, le sujet commence à se réalimenter, le drain wirsungien ne donne plus que 5cc de liquide clair par 24 heures ; le 15 février, l'amylasemie est à 85 U.S. ; le sujet sort en bon état général le 20 février.

Au total, pseudo-kyste nécrotique consécutif à une pancréatite subaiguë à rechutes ; on a réalisé une mise à plat de la collection et un drainage du wirsung, associé à une sphinctérotomie, puisqu'il semblait y avoir un obstacle à ce niveau ; les suites opératoires immédiates ont été bonnes.

.../...

OBSERVATION n° 3

Monsieur MAR..., 19 ans, reçoit lors d'une partie de football, en mai 1960, un violent coup de genou dans l'épigastre, il ressent immédiatement de violentes douleurs qui se généralisent à tout l'abdomen et présente des vomissements abondants.

En début juin, on intervient : on trouve une collection dans l'arrière-cavité des épiploons, due à une brèche de la queue du pancréas ; on se contente de suturer celle-ci et d'instaurer un drainage aspiratif ; le malade sort de l'hôpital début juillet en bon état général.

Néanmoins, le 22 juillet, le sujet nous est adressé pour violentes douleurs abdominales, réapparues brutalement et irradiant dans le dos ; à l'examen, nous trouvons à la palpation une masse abdominale ; des clichés de l'estomac de profil, montrent de plus que l'estomac est rejeté en avant par une masse qui le déforme.

Nous demandons alors une numération qui donne les chiffres de 3 660 000 G.R. et de 7 200 G.B. ; la protidemie est à 69g/L, le taux de prothrombine à 50 %, la glycemie à 0,80g/L, l'urée à 0,20g/L.

Le 1er août, nous intervenons :

- incision médiane sus-ombilicale, prolongée au-dessous de l'ombilic

- libération de nombreuses adhérences épiplo-pariétales et gastro-hépatiques.

- nous notons, à l'exploration, une tuméfaction, occupant la région coéliaque située derrière le petit épiploon et refoulant en avant le bloc duodéno-pancréatique ; par ailleurs, existe une très grande dilatation des veines épiploiques, de même qu'une hypertension portale segmentaire.

- une kystographie situe le kyste au niveau de la tête du pancréas (le diodone injecte le bord inférieur de D3 et le bord interne de D2).

- une radiomanomètrie par ponction vésiculaire montre que la vésicule se distend sous l'injection ; il y a un léger blocage au niveau du cys-

.../...

tique ;

- un cathétérisme des voies biliaires décèle une bonne perméabilité de celles-ci ; on laisse en place dans le fond de la vésicule une sonde de PEZZER, pour drainage biliaire provisoire.

- une pancréatographie rétrograde injecte le segment céphalique du canal de wirsung et de ses canaux afferents ; on note que la partie distale de celui-ci déverse ses secrétions dans la poche.

- kysto-duodenostomie : duodenotomie sus et pre-papillaire ; incision de la paroi de la poche, d'où on évacue près de 2 litres de sérosité claire ;

- suture de la paroi de la poche à la muqueuse duodenale aux fils de lin

- mise en place d'un drain à proximité de la duodenotomie ;

- fermeture paroi et peau.

En cours d'intervention, on a prélevé du liquide dans la cavité péritonéale et dans la cavité kystique, pour examen chimique : l'activité amylasique est de 256u/cc pour le liquide péritonéal, et de 1024u/cc pour le liquide kystique.

Les suites opératoires sont favorables, mis à part un éphémère clocher thermique au 5ème jour ; le 29 novembre 1960, le sujet est revu en consultation, ne souffrant plus du tout et en excellentes conditions physiques.

En résumé, il s'agit d'un pseudokyste traumatique, qu'une suture et un drainage aspiratif effectués en premier temps n'empèchèrent pas de récidiver ; il fallut donc réintervenir ; une anastomose kysto-duodénale assècha cette fois définitivement la collection.

.../...

OBSERVATION n° 4

Monsieur MOR..., âgé de 49 ans, ressent, depuis mai 1957, des douleurs au creux épigastrique, à type de crampes, irradiant vers l'hypocondre droit ; elles surviennent le matin, très intenses et contraignent le sujet à s'aliter ; le repos les calme un peu ; ces douleurs se reproduisent périodiquement tous les mois et, à chaque fois, durent 4-5 jours ; à ces douleurs, s'associent un prurit féroce, une intolérance gastrique absolue, une anorexie globale, des vomissements alimentaires ; puis la fréquence de ces crises s'accroit progressivement jusqu'à atteindre le rythme de une par semaine ; elles deviennent alors plus sourdes et l'anorexie est sélective pour la viande et les graisses.

En mars 1958, survient une nouvelle crise douloureuse, suivie d'un ictère jaune franc cutaneo-muqueux, sueurs profuses, urines foncées et troubles ; il n'existe pas de fièvre ; le 23 mai, le malade est hospitalisé ; à l'examen, nous notons un amaigrissement très prononcé, ainsi que des signes discrets d'imprégnation éthylique : tremblements, subictère conjonctival ; le sujet se plaint en outre au réveil d'une sensation douloureuse du creux épigastrique, exagérée par la respiration profonde, de nausées, d'une anorexie totale, et d'un prurit intense ; à la palpation, on note un abdomen souple, on ne perçoit pas de masse, mais on réveille cependant une douleur au creux épigastrique ; la tension est à 13,5/7, le pouls à 80 ; l'auscultation cardiaque et pulmonaire ne révèle rien d'anormal ; l'examen neurologique met en évidence une abolition des réflexes achilléens et des reflexes rotuliens afflaiblis ; une radio de l'abdomen sans préparation montre des calcifications paravertèbrales dans la région de la tête du pancréas ; des cholecystographies mettent en évidence un cystique long, un cholédoque à peine dilaté, dont on ne distingue pas la partie basse ; par ailleurs, l'amylasémie est à 190 u.s., l'amylasurie à 32u.w., la numération indique les chiffres de 3 470 000 G.R. et de 6 800 G.B. ; la clinique et la radiologie nous orientent donc vers le diagnostic de pancréatite chronique calcifiante chez un éthylique avéré ; nous intervenons le 4 juin :

- incision longue, médiane sus-ombilicale.

.../...

- à l'exploration, nous notons une hypertrophie sclereuse de la tête du pancréas qui a le volume d'un foie d'adulte, un aspect inflammatoire du corp et de la queue ; le pancréas a la forme d'une banane ; par ailleurs, le foie est normal, la rate de petit volume, la vésicule distendue, sans calculs, la voie biliaire principale est distendue, du calibre d'un pouce, il n'existe pas d'hypertension portale.

- pancréatographie par ponction directe du wirsung : celui-ci est doublé de volume à tous les niveaux du pancréas et renferme 3 calculs dans la portion juxta-duodénale rétrécie, mais perméable, par contre le diodone injecte bien le duodenum ; il n'y a donc pas d'obstacle papillaire.

- cholangiographie par ponction vésiculaire pour radiomanomètrie : on doit élever la pression jusqu'à 40 cms pour atteindre le duodenum ; le choledoque est rétréci à l'image du segment terminal du wirsung, on constate une formation kystique de 3 cms de diamètre, se situant à la partie supérieure de la tête.

- incision longitudinale du wirsung au niveau du corps ; on tente d'extraire les calculs, sans succès ; puis un cathéter est introduit et poussé en force jusque dans la poche kystique ;

- comme on ne peut réaliser une kysto-duodenostomie, vu que des calculs sont situés près de l'embouchure duodenale, et qu'il existe un reflux dans les voies biliaires, on décide alors une double anastomose pancréatique et biliaire avec une anse jéjunale exclue, montée en Y en transmesocolique, derrière l'estomac.

- anastomose wirsungo-jéjunale latéro-latérale aux fils de lin,

- anastomose cholécysto-jéjunale termino-latérale entre fond vésiculaire et bord libre de l'anse aux fils de lin.

- rétablissement de la continuité jéjunale à 40 cms de l'anse montée

- mise en place de deux drains en regard des 2 anastomoses, extériorisés par 2 contre-incisions à la paroi.

- fermeture paroi et peau.

Le sujet sort en bon état général le 22 juin.

Au total, il semble s'agir d'un pseudo-kyste de la tête du pan-

.../...

créas, développé à la suite d'une pancréatite chronique, et qui a été objectivé seulement grâce à une choliangiographie ; de plus, s'associait une lithiase wirsungienne juxta-duodenale qui provoquait un reflux dans les voies biliaires amont ; une double dérivation pancréatico-jéjunale et cholecysto-jéjunale ont rétabli le circuit d'écoulement des secrétions pancréatiques et biliaires.

OBSERVATION n° 5

Monsieur FRE..., agé de 32 ans, présente en décembre 1956, des crises douloureuses abdominales paroxystiques ; il s'agit de douleurs épigastriques et situées légèrement à gauche, transfixiantes dans le dos et à gauche, durant chaque fois 2-3 jours ; on note en cours de crise la présence d'une tuméfaction épigastrique qui disparait aussitôt après, un fébricule à 38°, des vomissements à la fois alimentaires et bilieux ; entre temps, le sujet va maigrir considérablement (il perd 18 kgs en 3 semaines) ; en février 1957, on décide une laporotomie exploratrice, qui note que le bord antérieur du foie est recouvert de formations epiploiques ; après destruction de celles-ci, on tombe sur une poche contenant un liquide clair légèrement hémorragique. On note de plus une induration au-devant du duodenum ; puis les crises continuent à se reproduire, plus sourdes et intermittentes, avec nausées. Le 27 juillet, on trouve à l'examen du malade une tumeur épigastrique déportée vers la gauche, sensible à la palpation, mobile seulement à la respiration ; on suspecte un faux kyste du pancréas ; cependant, on ne lui donne pour tout traitement que des antispasmodiques, qui atténuent les crises, jusqu'en 1959 : le sujet est alors hospitalisé dans le service le 18 février : l'amylasémie est à 108 U.S., l'amylasurie à 128 U.W., la glycémie à 1,10 g/L la numération indique 4 120 000 G.R. et 9 000 G.B. ; nous intervenons le 23 février :

- incision paramédiane droite ;

- à l'exploration, on note que le pancréas présente 2 parties distinctes : à droite, il est finement lobulé, souple, normal, tandis qu'à gauche, au niveau du corps, de l'isthme et de la queue, il existe une infiltration sclereuse étendue et une péripancréatite très marquée ; de plus, existe au niveau du corps une collection ; par ailleurs, foie, rate, vesicule et voie biliaire principale sont de consistance et de volume normales ;

- ce que confirme une cholangiographie par ponction vésiculaire qui montre un passage oddien très facile ;

- on entreprend une hémipancréatectomie gauche : section du grand épiploon jusqu'aux vaisseaux courts ; dégagement du hile de la rate, puis ligature des pédicules vasculaires à ce niveau, puis splenectomie ;

.../...

décollement prudent du pancréas de la gauche vers la droite ; le pancréas est dégagé jusqu'au bord gauche du tronc porte.

resection de la partie malade du pancréas, puis suture de bord à bord de la tranche pancréatique restante ;

enfouillissement du moignon sous l'épiploon ;

mise en place d'un drain à proximité de la tranche de section, extériorisé par contre-incision gauche ;

- fermeture paroi et peau.

Les suites opératoires immédiates sont bonnes.

En résumé, pseudo-kyste nécrotique du corps survenu dans l'évolution d'une pancréatite chronique récidivante, comme les lésions pancréatiques d'amont paraissaient importantes et évolutives, on s'est décidé pour une hémi-pancréatectomie gauche ; nous n'avons pas noté ici de retentissement fonctionnel sur les voies biliaires.

.../...

OBSERVATION n° 6

Mademoiselle MER..., agée de 10 ans, est prise, le 10 juillet 1957, de violentes douleurs abdominales, auxquelles s'associent des vomissements sanguinolents, un arrêt des matières et des gaz ; il n'existe pas de fièvre ; devant ce syndrome occlusif, une numération est pratiquée, qui montre une leucocytose à 25 000 globules blancs, puis tout rentre dans l'ordre spontanément le 16 juillet ; une nouvelle numération effectuée à cette date donne un chiffre de 17 200 blancs et, le 24 juillet, les mêmes symptomes réapparaissent ; on hospitalise alors cette jeune malade ;

à son entrée dans le service, nous demandons à nouveau une numération qui indique 15 200 globules blancs, une amylasémie qui est à 725 U.S. une glycémie qui atteint 1,34 g/L ; en outre, nous percevons à la palpation de la région sus-ombilicale une tuméfaction sensible qui s'avère mate à la percussion ; le 26 juillet, l'enfant est réveillée au cours de la nuit par une douleur violente qui siège dans l'hypochondre droit ; l'examen note que la masse abdominale est augmentée de volume ; on porte alors le diagnostic de pseudokyste nécrotique faisant suite à deux poussées de pancréatite aiguë hémorragique.

Nous intervenons le 30 juillet :

- incision paramédiane droite ;

- à l'exploration, nous ne notons pas de tâches de bougie sur le pancréas, ni d'hypervascularisation ; en revanche, il existe un volumineux kyste situé dans l'arrière-cavité des épiploons, gros comme une tête d'enfant ; par ailleurs, le foie à l'aspect normal, la rate petite ; l'estomac est refoulé en avant et étalé par la masse.

- décollement duodeno-pancréatique vers la gauche ; kystographie par voie transgastrique, qui donne de très beaux clichés de la collection.

- radiomanomètrie par ponction vésiculaire ; repletion, puis distension de la vésicule ; blocage passager au niveau du cystique (passage du diodone à une pression supérieure à 30 cms dans la voie biliaire principale), l'hepato-choledoque est normal, sans calculs ;

.../...

- duodenotomie longitudinale, reperage de la papille légèrement hypertrophiée, puis cathétérisme rétrograde de la voie biliaire principale, et du wirsung, dont l'orifice est largement exposé par sphinctérotomie ; le cathéter du wirsung bute sur un obstacle à 4 cms de la papille ; on n'insiste pas.

- incision gastrique longitudinale antérieure, puis longue incision gastrique postérieure donnant accès à l'arrière-cavité des épiploons ; on ouvre la cavité kystique d'où on évacue à peu près un litre de caillots et de débris sphaleciques, venant de l'isthme, du corps et de la queue ;

- le drain du wirsung est ensuite poussé en force dans la cavité kystique, on le fixe à la région oddienne par sphinctéroplastie, et on l'extériorise par contre-incision duodenale punctiforme, puis par contre-incision pariétale droite ;

- anastomose kysto-gastrique ; on laisse un drain à proximité du décollement duodénopancréatique, extériorisé par contreincision pariétale gauche ; fermeture du fond vésiculaire au catgut, on referme paroi et peau ;

Les suites opératoires immédiates sont satisfaisantes ;

Au total, pseudokyste nécrotique du corps, consécutif à deux poussées de pancréatite aiguë hémorragique ; on a réalisé un double drainage

- à l'extérieur, par l'intermédiaire du canal de wirsung
- intern e : kystogastrostomie.

On y a adjoint une sphinctérotomie, à cause d'un obstacle avoisinant la papille, qui était en fait plus de nature inflammatoire.

A souligner ici l'intérêt de la kystographie qui a montré de très belles images de la formation.

.../...

OBSERVATION n° 7

Monsieur NA..., âgé de 43 ans, présente à partir du mois de mars 1961, des douleurs épigastriques survenant par crises qui durent quelques heures seulement, suivies de phases d'accalmie de durée fort variable : quelques semaines au début, quelques jours, plus tard ; elles cèdent à la prise d'aspirine, de véganine, ou à des injections de sedol, lorsqu'elles sont particulièrement violentes ; elles irradient dans les 2 hypochondres, en arrière, vers la gauche et les deux épaules, elles ont le caractère d'un endolorissement, ne s'accompagnent au début ni de nausées, ni de vomissements ni de fièvre, ni de troubles du transit intestinal ; en revanche, l'état général décline progressivement ; en mars 1962, apparaissent nausées et vomissements ; au début avril, nous découvrons une masse de l'hypochondre gauche, débutant à la région ombilicale et refoulant l'estomac ;

- à l'intervention, le 21 avril, on trouve une masse derrière le mésogastre qui refoule l'estomac ; la ponction de celle-ci ramène 2 litres de liquide brunâtre ; on effectue une kysto-entero-anastomose sur anse jejunale en Y ; on referme, sans drain, en 2 plans ;

dans les suites immédiates, la reprise du transit intestinal a lieu au 4ème jour, le sujet a le hoquet pendant 6 jours, puis il reprend progressivement du poids (6 kgs) ; toutefois, il reste sans appetit et se plaint toujours de douleurs, certes moins fortes, situées dans les 2 hypochondres et aux bases thoraciques, irradiant vers les 2 épaules, et calmées par l'aspirine ; en outre, il se met à tousser, mais n'arrive pas à cracher, il est aussi très gêné pour respirer ; l'examen clinique note alors une distension de l'hémithorax gauche, avec épanchement pleural bilatéral de grande abondance, surtout à gauche, épanchement objectivé sur les radios, avec comblement du cul de sac droit ; par ailleurs, il n'y a pas de fièvre.

Le 11 décembre, le sujet reste toujours très dyspnéique, et, malgré des ponctions réitérées, l'épanchement pleural gauche persiste, on note une voussure de la région sous-costale gauche et de l'épigastre ; le sujet est alors rehospitalisé ; le 11 avril 1963, on constate un hydropneumothorax et un déplacement médiastinal important vers la droite ; des radios de l'esto-

.../...

mac ne décèlent rien d'anormal ; le 20 avril, le malade ressent une douleur modérée à l'hypochondre gauche, irradiant en hemi-ceinture, en arrière ; on effectue une évacuation totale de l'épanchement pleural ; les radiographies thoraciques montrent un parenchyme retracté dans sa presque totalité ; on injecte alors du lipiodol dans la plèvre à la recherche d'une fistule pancréatico-pleurale que l'on ne retrouve pas ; on demande une amylasémie qui est à 210 U.S., une numération qui indique : 4 700 000 G.R. et 10 800 G.B., un dosage des électrolytes qui s'avère normal, une protidémie, à 73 g/L ;

nous intervenons le 22 mai :

- incision médiane sus-ombilicale,

- l'exploration note une vésicule distendue, sans calculs, un foie normal, un pancréas scléro-hypertrophique en totalité avec une collection liquidienne coeliaque et médiastinale postérieure dont le sommet atteint la plèvre gauche, quelques tâches de cytostéatonécrose ; il existe aussi une hypertension portale manifeste, avec veines très dilatées au niveau de l'épiploon et de l'estomac ;

- ponction et kystographie : on obtient de très belles images d'une collection coeliaque fusant vers le médiastin postérieur et communiquant avec la plèvre gauche ; le diodone passe dans le segment distal et proximal du wirsung.

- radiomanomètrie par la vésicule qui note une morphologie biliaire normale : pas de calculs, pas de reflux, le passage oddien se fait à très basses pressions ; on note un canal commun entre voies biliaires et wirsung.

- une splenoportographie montre une distension veineuse de toute la partie droite de l'abdomen ; le tronc coeliaque ne s'injecte pas.

- sphinctérotomie pour permettre la mise à plat du canal commun et l'exposition du segment terminal du cholédoque et de l'orifice terminal du wirsung.

- drainage de la cavité kystique par un cathéter passé dans le wirsung et fixé à la papille, extériorisé par contreincision duodénale ; suture de duonotomie aux fils de lin.

- enfouissement d'orifice de cholecystostomie sous catgut

- mise en place d'un drain de redon à proximité de la duodenotomie,

.../...

extériorisé par contre incision pariétale droite.

- on referme paroi et peau.

Constatations

Au total, cette curieuse observation s'est révèlée très instructive pour nous :

- le pseudo-kyste est survenu à la suite de poussées de pancréatite aiguë et fut d'abord traité par kysto-entéro-anastomose.

- après cette intervention, néanmoins, le pseudo kyste est réapparu, se développant cette fois vers le haut et à gauche atteignant le médiastin postérieur et la plèvre, donnant ainsi une importante réaction pleurale gauche, le mécanisme de cet épanchement serait dû en fait à des reflexes neuro-végétatifs partis de la lésion pancréatique et irradiés à tous les organes de voisinage ; on peut supposer en outre qu'ici il s'est produit une fistule pancréaticopleurale.

- l'existence d'une communication du faux kyste avec le wirsung a été formellement mise en évidence par la kystographie, ce qui nous a conduit à poser comme indication opératoire le drainage du wirsung.

- enfin, la présence d'un canal commun entre wirsung et voie bilaire principale a été objectivée grace à des choliangiographies.

.../...

OBSERVATION n° 8

Monsieur LEM..., agé de 43 ans, présente en août 1961, une crise de pancréatite aiguë, avec douleurs épigastriques violentes, collapsus, température à 40°, urines foncées contenant des pigments biliaires ; il est hospitalisé une dizaine de jours ; à la suite, apparaissent de nouvelles crises, d'intensité moindre, sans périodicité, au cours desquelles on note un léger subictère conjonctival, polydipsie et polyurie.

En février 1962, se déclare une crise particulièrement douloureuse ; à l'examen du malade, on découvre une masse sous-costale gauche, profonde, légèrement sensible ; on demande des radios gastro-duodenales qui montrent un déplacement et une compression de l'estomac ; on porte alors le diagnostic de pseudo-kyste du pancréas consécutif à des poussées de pancréatite et le sujet est hospitalisé.

A son entrée dans le service, une numération indique les chiffres de 4 400 000 G.R. et de 18 400 G.B. ; l'amylasémie est à 62 U.S., le taux de prothrombine à 70 %, la glycémie à 1,20 g/L, l'urée à 0,20 g/L.

Nous intervenons le 14 mars :

- incision médiane sus-ombilicale débordant l'ombilic de 2 travers de doigt

- à l'ouverture du péritoine, nous trouvons une grosse masse kystique collectée derrière le petit épiploon épaissi et derrière la partie supérieure de l'estomac ; la rate est petite ; il n'existe pas d'hypertension portale segmentaire, le foie est normal, la vésicule est distendue, sans calculs, la voie biliaire principale est très petite ; le pancréas est normal au niveau de la tête.

- une kystographie dessine une collection de l'arrière-cavité des épiploons, de la taille de 2 poings.

- radiomanomètrie par le fond de la vésicule : le passage du liquide de contraste dans le cystique s'effectue à des pressions considérables (40 cms) un obstacle semble siéger à l'union du col vésiculaire et du cystique ; la voie biliaire principale est de petite taille, on ne note pas

.../...

d'obstacle oddien.

- on décide alors de faire une kysto-gastrostomie, au point déclive de la collection, à proximité de la grande courbure ; l'exploration de la poche permet de retrouver le segment distal du pancréas qui est nécrosé ; les éléments superficiels de la poche sont évacués, tandis que le plan profond est laissé en place.

- on laisse en place dans la vésicule un drain, pour drainage biliaire provisoire, extériorisé par contreincision pariétale droite ;

- on referme paroi et peau.

Les suites opératoires sont des plus simples : le drain vésiculaire redonne un peu de bile les premiers jours.

Au total, il s'agissait d'un pseudo-kyste nécrotique consécutif à plusieurs poussées de pancréatite aiguë ; on a réalisé ici une anastomose kysto-gastrique, et étant donné la présence d'un obstacle au niveau du col vésiculaire, on y a adjoint un drainage biliaire temporaire.

.../...

OBSERVATION n° 9

Monsieur DESPH..., âgé de 58 ans ressent le 12 août 1960 une douleur constrictive dans la région précordiale gauche, accompagnée d'un malaise intense, sans perte de connaissance, ni troubles digestifs, ni aucune altération à l'électrocardiogramme, puis tout rentre dans l'ordre spontanément au bout de 48 heures ; toutefois, les douleurs vont réapparaître par périodes, violentes, durant chaque fois 3 heures et cèdant spontanément ; à la fin de septembre, le sujet accuse une douleur dorsale siègeant entre les 2 omoplates, qui survient brusquement et par crises de 3 heures et cèdant au cortancyl ; en octobre, on note un amaigrissement de 10 kgs en un mois ; du 20 au 30 novembre 1960, le sujet est mis en observation à l'hopital : on lui fait passer des radios de l'oesophage et de l'estomac qui ne décèlent aucune anomalie ; le 22 février 1961, nouvelle hospitalisation : des cholecystographies notent une distension de la voie biliaire principale, une grosse vésicule, ainsi qu'une déformation de la partie interne du 2ème duodenum.

- le 14 mars, on demande un taux de prothrombine qui est à 60 %, une glycémie à 1 g/L, une urée à 0,20 g/L.

On intervient le 15 mars 1961 :

- incision médiane sus-ombilicale débordant l'ombilic de 2 travers de doigt ;

- à l'exploration, on tombe sur un pancréas altéré en totalité, oedèmatié, succulent, présentant une formation céphalique kystique de la taille d'un poing, ainsi qu'une formation nécrotique caudale de la taille d'une courge, le foie est normal ; la vésicule est flasque, sans calculs ; la circulation veineuse est accentuée, la rate discrètement augmentée de volume ;

- une radiomanomètrie biliaire par la vésicule note des voies biliaires normales, un passage au cystique au-dessous de 20 cms ;

- une kystographie céphalique à la seringue est ensuite pratiquée, l'aiguille ramène un liquide clair, on constate que la formation communique

.../...

largement avec le wirsung perméable ;

- une kystographie caudale, ensuite ; l'aiguille retire un liquide brun foncé, séro-hématique, on ne note pas de communication de cette formation avec le wirsung.

- décollement duodeno-pancréatique, puis duodenotomie, la papille est facilement repérée ; on introduit des cathéters de calibre croissant dans le wirsung, celui-ci se laisse difficilement franchir ; enfin, un gros tube de polythène est laissé en place pour drainage de la cavité céphalique par l'intermédiaire du canal ; la voie biliaire principale est difficilement reperable à sa terminaison : elle se jette dans le wirsung à 1 cm de la papille ; on introduit un drain de bas en haut, après sphinctérotomie, en le faisant émerger du duodenum à l'ampoule de vater ; ce drain choledocien est ensuite extériorisé par contre-incision souscostale droite ; enfin, un drain est placé dans la vésicule et extériorisé par contre-incision sous-costale, au-dessous du drain choledocien ;

- suture de la duodenotomie aux fils de lin ;

- drainage aspiratif du pseudokyste caudal, après avoir fait une ponction évacuatrice ; le drain kystique est extériorisé par contre incision sous costale gauche ;

- fermeture paroi et peau ;

- dans les suites immédiates, on note une reprise de l'état général ; cependant, l'écoulement biliaire va persister jusqu'en mai 1962 : on réintervient alors :

- l'exploration note que les deux cavités ont totalement disparu, alors que le pancréas est lui-même totalement altéré, scléreux ; la vésicule est distendue, le choledoque sus-pancréatique de la taille du médius ;

- une radiomanomètrie par la vésicule montre des voies biliaires distendues au-dessus du pancréas, le passage dans le choledoque rétropancréatique se fait à pressions de 22-24", le duodenum se remplit facilement ; on effectue une cholecysto-duodenostomie en un plan de points séparés de fils de lin entre l'incision duodenale et le fond de la vésicule.

Au total, nous avons pu constater l'association de 2 pseudo-kystes survenus à la suite d'une pancréatite subaiguë à rechutes :

.../...

- le premier dans la région de la tête du pancréas, communiquant largement avec le wirsung et traité par drainage du wirsung,

- le second dans la région de la queue, qui fut traité par drainage aspiratif ;

Nous avons également laissé en place un drain dans le choledoque, car il semblait rétréci à sa terminaison et de plus, on a réalisé un drainage direct et provisoire de la vésicule, cependant la circulation biliaire n'a pas réussi à se rétablir, un obstacle permanent siègeant sur le choledoque, il a fallu nous résoudre à une anastomose directe entre vésicule et duodenum pour permettre à la bile de s'écouler normalement.

.../...

OBSERVATION n° 10

Madame PA..., agée de 51 ans, présente en 1950 de vives douleurs épigastriques permanentes dans la journée, à type de barre, de pesanteur, sans irradiations, calmées par le décubitus, non influencées par l'horaire des repas ; il ne s'y associe ni nausées, ni vomissements, ni fièvre, mais seulement une très grande asthénie ; ces douleurs surviennent par intermittence ; en 1951, se produit une crise douloureuse subfébrile accompagnée de nausées ; la malade accuse également des douleurs dans la région sous-costale droite ; à cette époque, des clichés de la région gastro-duodenale ainsi que des cholecystographies ne révèlent aucune image pathologique ; puis les crises vont se répèter à la fréquence de une tous les 2 ans environ : elles se font de plus en plus violentes, comparables à des torsions et s'accompagnent finalement de vomissements alimentaires, puis bilieux, qui ne semblent pas pour autant soulager la malade ; le 17 février 1961, se déclanche une nouvelle crise douloureuse plus intense que de coutume, siègeant à la fois dans l'épigastre et l'hypochondre droit ; les douleurs irradient en barre dans les 2 hypochondres, s'y associent des vomissements ; on décide alors de faire une laparotomie exploratrice qui met en évidence un pancréas turgescent avec tâches de bougie diffuses ; la vésicule et les voies biliaires paraissent normales ; en avril 1961, la malade est hospitalisée ; à l'examen, on note une douleur provoquée à la pression profonde du creux épigastrique ; des cholecystographies montrent une grosse vésicule, sans calculs et un cholédoque filiforme ; des radios de l'estomac révèlent une ouverture de l'angle ; le 25 octobre 1961, nous palpons une tuméfaction dans l'hypochondre gauche ; par ailleurs, la glycémie est à 0,90 g/L, l'amylasémie à 520 U.S., l'urée à 0,25 g/L.

On intervient le 31 octobre :

- incision médiane sus-ombilicale

- à l'exploration, nous tombons tout de suite sur une collection kystique prépancréatique, limitée en avant par le petit épiploon et le corps de l'estomac, en arrière par la région coeliaque ; en outre, le segment caudal du pancréas est induré et hypertrophique.

.../...

- une kystographie dessine l'image d'une volumineuse collection arrondie, de 10 cms de diamètre située dans la région coéliaque.

- une radiomanomètrie par la vésicule note que le réservoir biliaire se remplit facilement ; il n'existe pas de calculs.

- incision de la paroi cavitaire, d'où l'on extrait un liquide hématique ;

- décollement du mésogastre postérieur pour ramener la rate et le segment distal du pancréas ; puis ligature des vaisseaux spleniques ;

- pancréatectomie gauche à la jonction zone saine à droite-zone malade à gauche ; hémostase de la tranche de section restante par points appuyés de catgut ; en regard de cette tranche, un drain est mis en place et extériorisé par contre-incision pariétale gauche ;

- fermeture de la paroi et de la peau.

Les suites opératoires dans l'immédiat sont relativement bonnes, hormis une oscillation thermique qui ne persiste que quelques jours.

En résumé, on s'est trouvé en présence d'un pseudo-kyste nécrotique consécutif à une pancréatite subaiguë à rechutes ; comme d'une part l'état général de la patiente était relativement satisfaisant et que d'autre part, il existait de notables altérations du pancréas d'amont, on a réalisé une hémi-pancréatectomie gauche plus une splenectomie.

OBSERVATION n° 11

Monsieur DU..., âgé de 35 ans, est adressé dans le service le 1er juin 1962, pour crises abdominales douloureuses et récidivantes ; il semble, d'après ce que le sujet nous raconte, que les crises aient débuté en mai 1956, qu'elles surviennent brutalement, très intenses, siègeant au creux épigastrique avec irradiation dans le dos de part et d'autre de la ligne médiane, elles sont permanentes avec redoublements paroxystiques, durent 2 à 3 jours, et s'accompagnent d'un certain degré de dyspnée, d'une intolérance gastrique, de constipation et d'urines foncées ; il n'existe pas d'ictère, de vomissements, ni de fièvre ;

à son entrée dans le service, on note à l'examen un sujet asthénique et très amaigri ; à la palpation de l'abdomen, on perçoit une masse épigastrique dure, non mobile, non dépressible, sensible, ainsi qu'un gros foie qui déborde de 3 travers de doigt ; une radio de l'abdomen sans préparation ne décèle pas de calculs ; une cholangiographie I.V. montre une voie biliaire principale opacifiée dans les délais normaux, un cholédoque très refoulé vers la droite, épousant le contour de la masse pancréatique perçue cliniquement ; dans les antécédents du malade, nous retrouvons un traumatisme abdominal que le sujet aurait subi en 1956 (plongeon) ; à la suite, serait apparu un faux kyste de l'isthme du pancréas, pour lequel on lui aurait fait une marsupialisation ; cette marsupialisation se serait fistulisée et on aurait dû pratiquer alors une fistulo-gastrostomie ;

nous demandons une numération qui indique des chiffres normaux (4 210 000 G.R. - 6 000 G.B.), une urée à 0,25 g/L, une glycémie à 1 g/L ; la bilirubine est à 2 mg/L, le taux de protides sanguins est à 69 g/L.

Nous intervenons le 20 juin 1962 :

- incision médiane sus-ombilicale débordant l'ombilic de 2 travers de doigt ;

- à l'exploration, on tombe sur une collection de la tête du pancréas, siègeant plutôt en arrière, le corps du pancréas est accolé à la face postérieure de l'estomac, de même que la queue ; à la palpation, celui-ci

.../...

semble légèrement augmenté de volume et dur ; le foie est de consistance normale, la vésicule distendue, flasque ; par ailleurs, il existe une circulation veineuse très accentuée ainsi qu'une splenomégalie.

- une radiomanomètrie par la vésicule ne rencontre pas d'obstacle au niveau du cystique, mais montre par contre un arrêt relatif au niveau de la partie haute du choledoque ; le liquide de contraste injecte bien la partie inférieure de la voie biliaire principale qui dessine une faux à sa portion interne, se moulant sur la collection.

- une kystographie céphalique dessine un pseudo-kyste du volume de 2 poings ;

- une splenoportographie met en évidence une très importante circulation collatérale, un blocage au niveau du tronc porte ;

- on fait une duodenotomie ; on repère aisément la papille, puis on cathétérise le wirsung qui est refoulé par la collection ;

- incision de la partie interne du 3ème duodenum, puis effondrement de la coque de la collection ; suture de la paroi du kyste à la paroi duodenale ; on laisse en place dans la cavité kystique une sonde d'aspiration ; suture de la duodenotomie aux fils de lin, enfouissement de l'orifice de ponction vésiculaire sous une double bourse de catgut ; on place un drain à proximité de la duodenotomie, que l'on extériorise par contre-incision droite.

- fermeture paroi et peau.

Au total, il s'agissait d'un faux kyste de la tête du pancréas d'aspect nécrotique, pour lequel nous avons pratiqué une kysto-duodenostomie ; il semble qu'il y ait eu récidive après deux interventions antérieures (marsupialisation, puis fistulo-gastrostomie).

.../...

OBSERVATION n° 12

Monsieur LA..., âgé de 35 ans, présente en juillet 1960, des douleurs abdominales, survenant brusquement par crises, siègeant dans l'hypochondre gauche et irradiant transversalement, de durée variable, sans vomissements, sans fièvre ni ictère.

En octobre, on demande un cadre duodenal qui décèle un élargissement très net de celui-ci, avec refoulement et arrondissement des 2 angles ; on note une masse au niveau de la 2ème portion du duodenum très aminci, de la taille d'une orange ; une radio de l'abdomen sans préparation note une discrète concrétion paravertébrale droite, au niveau des apophyses transverses ;

- à la fin du mois d'octobre 1960, le sujet est hospitalisé : l'examen ne révèle qu'une légère douleur au creux épigastrique ; électrophorese et biligraphie par ailleurs ne montrent aucune anomalie ; l'amylasémie est à 32 U.S., le 2 novembre;elle atteint 150 U.S., le 9 novembre ; le tubage décèle un taux de lipase très bas, même après injection de secretine.

- l'intervention a lieu le 1er décembre 1960 :

- l'exploration note un pseudo-kyste du volume d'une orange à la tête du pancréas, avec intégrité parenchymateuse du corps et de la queue, une vésicule distendue, sans calculs ;

- décollement duodeno-pancréatique élargi ; la kystographie dessine une cavité au contact de l'anneau duodenal (2ème duodenum) ;

- une ponction vésiculaire, puis une cholangiographie dénotent un franchissement du cystique à pressions élevées.

- une pancréatographie retrograde montre une intègrité du système canaliculaire ;

- kysto-duodenostomie plus cholecystectomie ;

- on prélève pour examen un peu de liquide kystique : celui-ci s'avère sanguinolent, la réaction de rivalta est positive.

- les suites opératoires sont des plus simples.

.../...

Il s'agit donc, en conclusion, d'un pseudo-kyste céphalique nécrotique survenu sur un terrain de pancréatite subaiguë, sans altérations du pancréas d'amont ; on a effectué une anastomose kysto-duodenale et une cholecystectomie en raison d'un sérieux obstacle situé sur le cystique.

.../...

OBSERVATION n° 13

Monsieur DU..., 37 ans, est sujet depuis 1955, à des crises douloureuses épigastriques, avec irradiations dans les lombes et vers le bas, dans la fosse iliaque droite, sans rythmicité, ni périodicité ; en septembre 1959, se déclanchent des crises particulièrement douloureuses, du même type ; on l'opère alors d'une appendicite retro-coecale ; il s'établit alors une accalmie qui dure un bon mois, puis les douleurs réapparaissent, accompagnées de nausées et de vomissements ; en mai 1960, on demande une amylasémie : le taux atteint 256 U.S.

On met le malade à un traitement anti-enzymes (iniprol) ; en juin, le sujet fait une hematemèse de perite abondance, mais qui se répète, en même temps que s'accentuent les douleurs épigastriques ; on décide une laparotomie qui décèle une altération pancréatique ; le pancréas a une consistance sclereuse et inflammatoire ; le 12 décembre, le malade est hospitalisé ; l'examen note un excellent état général : pas de fièvre, tension à 11,5/6,5, pouls à 80, foie et rate sont de volume et de consistance normales ; on ne retrouve aucun antécédent lithiasique ; l'abdomen du sujet est souple ; on réveille néanmoins à la palpation profonde une douleur dans le creux épigastrique ; on demande une protidémie qui est à 67 g/L, une urée à 0,20 g/L, une glycémie à 1,05 g/L, le taux de prothrombine à 56 %, la numération indiqua : 3 280 000 G.R. et 10 800 G.B., l'amylasémie est à 128 U.

L'intervention a lieu le 3 janvier 1961 :

- incision médiane sus-ombilicale ;

- l'exploration note que le pancréas est atteint dans sa totalité, augmenté de volume, dur ; les lésions prédominent au niveau supérieur de la tête ; la vésicule est distendue et flasque, le choledoque étroit, le foie normal, il n'existe pas d'hypertension portale.

La palpation de la région corporéale et isthmique décèle une zone dépressive à leur jonction : on ponctionne à ce niveau et on met en route une pancréatographie, qui dessine un wirsung légèrement dilaté et un kyste de la taille d'une prune au niveau de la région céphalique ; le diodone passe

.../...

facilement dans le duodenum.

- radiomanomètrie par la vésicule, après ponction à l'aiguille de caroli ; on note une hypertonie pour franchir le cystique, avec distension vésiculaire ;

- on décide alors une anastomose wirsungo-jejunale ;

- section de la 2ème anse jéjunale, on crée une brèche à travers le mesocolon transverse, puis on monte le segment efferent de l'anse à travers la brèche, puis jejuno-jejunostomie ;

- anastomose en ventouse de l'extrêmité efferente du grêle avec la brèche du wirsung.

- anastamose du fond de la vésicule avec la convexité de l'anse montée, cette anse montée est ensuite fixée au pédicule hépatique.

- enfin, on place 2 drains à proximité des 2 anastomoses, qui sont extériorisés par deux contre-incisions pariétales ; on referme ensuite paroi et peau.

- il n'y a pas d'incidents dans les suites, on retire les deux drains le 9 et le 11 janvier ; le malade sort de l'hôpital en bon état général le 19 janvier.

En résumé, le sujet a fait depuis 1959, plusieurs épisodes de pancréatite sub-aiguë, aucun traitement antienzymes n'a pu venir à bout, devant la recrudescence des douleurs, on a opté pour une laporotomie qui a mis en évidence un pancréas sclero-hypertrophique ; à l'intervention, une pancréatographie a décelé un faux kyste de la tête ; en raison de l'aspect sclereux et inflammatoire de la tête, il aurait été hasardeux de vouloir faire une kysto-duodenostomie, on a donc fait une double dérivation sur anse jéjunale montée en Y

- d'une part du wirsung
- de l'autre, de la vésicule, puisqu'un obstacle semblait siéger sur le cystique.

.../...

REMARQUES A PROPOS DE CES OBSERVATIONS

Les constatations que nous avons pu faire, en lisant celles-ci, sont de trois ordres :

- d'abord sur le plan semeiologique, nous avons noté l'extrême variabilité, d'un sujet à l'autre du tableau clinique : nous avons constaté dans tous les cas un syndrome douloureux abdominal survenant par crises, il s'y associait dans 3 cas un ictère, dans 7 cas une tuméfaction abdominale palpable, une fois un syndrome occlusif, parfois des vomissements, et dans un cas une importante réaction plaurale ; 6 fois, le faux kyste a été une découverte d'intervention et même dans un cas, le pseudo-kyste n'a pu être décelé qu'avec le secours de la cholangiographie.

- au point de vue étiologique, 11 fois le kyste a été consécutif à une pancréatite, soit aiguë ou chronique, 1 fois il a été secondaire à une lithiase du wirsung et 1 fois, il est survenu après un traumatisme abdominal ; nous pouvons en déduire, sans risquer beaucoup de nous tromper, que les pseudokystes sont le plus souvent consécutifs à une inflammation ou à une nécrose pancréatique.

- sur le plan thérapeutique, enfin, la solution adoptée a été :

  - dans 2 cas, le drainage externe
  - dans 7 cas, le drainage interne, dont :
    - 2 kysto-gastrostomies
    - 3 kysto-duodenostomies
    - 2 anastomoses wirsungo-jejunales, associées à des anastomoses cholecysto-jejunales,
  - dans 4 cas, le drainage du wirsung, associé à une sphinctérotomie :

?../...

2 fois isolément

2 fois, conjointement, soit à une kystogastrostomie, soit à un drainage externe ;

- enfin, 2 fois seulement, a été effectuée une pancréatectomie gauche, associée à une splenectomie.

Les incidents post-opératoires ont été peu nombreux (en particulier le drainage externe d'un pseudo-kyste du corps a entraîné passagèrement une infection de la cavité).

V - CONCLUSIONS

Le tour d'horizon que nous venons de faire sur les méthodes thérapeutiques des pseudokystes ainsi que la lecture de quelques observations nous incitent à émettre plusieurs remarques :

1 - Retenons d'abord de ces observations que les indications opératoires se fondent essentiellement sur les résultats des diverses investigations radiologiques et radiomanométriques per-opératoires, mises en oeuvre en début d'intervention. Ces explorations s'avèrent d'autant plus indispensables que le faux kyste n'est souvent qu'une découverte opératoire. On ne dispose donc que d'un temps très limité pour prendre une sanction thérapeutique. L'avantage de ces explorations est justement de nous apporter rapidement un certain nombre de précisions qui orientent notre choix thérapeutique. C'est ainsi que la kystographie et la pancréatographie renseignent sur le siège et les dimensions de la formation et affirment une éventuelle communication de celle-ci avec le canal de wirsung, que la radiomanométrie biliaire précédée d'une cholangiographie nous renseigne sur l'état morphologique et fonctionnel des voies biliaires et du carrefour bilio-pancréatique, que la splénoportographie note un hypothétique degré d'hypertension portale.

2 - En vérité, le problème du traitement chirurgical des faux kystes paraît assez complexe :

- d'une part, nous avons affaire ici, non pas à des formations tumorales qui ont une constitution et une évolution autonomes, mais à des collections liquidiennes secondairement enkystées, sans paroi autonome et sans plan de clivage défini, dont le devenir est étroitement lié à

.../...

l'existence d'un écoulement à travers une brèche canalaire de suc pancréatique secrété par la portion amont du pancréas. Dès lors, il est illusoire de vouloir faire une exerèse. Nous devons plutôt nous contenter de mettre à plat et d'assécher la cavité. C'est à ce but que tendent les méthodes de drainage en général.

- d'autre part, on doit, dans la mesure du possible, tenir compte de la valeur fonctionnelle du pancréas d'amont, qui déverse ses secrétions dans la collection et qui présente souvent de notables altérations. Dans 9 de nos observations, nous en avons retrouvées : oedème, cytostéatonécrose, calcifications, calculs, nécrose, sclérose et hypertrophie. Si ces lésions s'avèrent hautement évolutives, il y aura tout intérêt à effectuer une hémi-pancréatectomie gauche, mais, en pratique, cette intervention est délicate à réaliser. Le malade se trouvant souvent en mauvaises conditions physiques, il est hors de question de l'entreprendre d'emblée. Il vaut d'ailleurs mieux se résoudre dans un premier temps à accomplir soit un drainage externe, soit un drainage interne, susceptibles d'améliorer les conditions locales et l'état général du malade. Plusieurs mois après, les conditions opératoires étant cette fois propices, on réalise alors une hemipancréatectomie gauche.

Enfin, le problème thérapeutique se complique encore du fait de l'association fréquente, à ces faux kystes, de modifications de calibre ou de perméabilité des voies biliaires et de la vésicule (notamment à type de distension), soit que ces altérations préexistent, soit qu'elles surviennent secondairement à la formation. Cela nous amène à envisager conjointement un drainage biliaire temporaire.

3 - Nous manquons de recul pour apprécier pleinement l'efficacité des techniques chirurgicales que nous avons utilisées. Dans nos observations, dans les suites opératoires immédiates, rares ont été les incidents : ceux-ci se sont révélés d'ailleurs minimes et passagers (infection de la cavité après drainage externe, en particulier), les résultats ont été plutôt encourageants.

Il est incontestable que les résultats à long terme auraient plus de valeur ; encore conviendrait-il que nous revoyions à titre systématique nos patients à intervalles réguliers, et pendant un certain nombre d'années.

.../...

4 - Nous n'avons, quant à nous, aucune préférence pour telle ou telle technique chirurgicale : chacune présente un intérêt indéniable et a ses propres indications.

Rappelons cependant que la marsupiolisation n'est plus d'actualité. Elle a été reléguée par le drainage externe, qui est en fait un drainage aspiratif. C'est un procédé qui améliore toujours beaucoup l'état du malade. Quasi-inoffensif, il guérit en gros 48 % de l'ensemble des faux kystes.

Le drainage interne, par anastomose kysto-digestive, semble comparativement donner de meilleurs résultats (77 % de guérisons), mais pose un certain nombre de conditions opératoires à respecter, en particulier il est nécessaire de porter l'anastomose au point déclive de la collection et de veiller scrupuleusement à donner des dimensions suffisantes à l'anastomose, et enfin de réaliser une hémostase correcte, faute de quoi on s'expose à des risques de sténose, de désunion de suture ou à des complications hémorragiques. La difficulté majeure tient, à notre avis, au fait d'anastomoser une authentique paroi viscérale, solide, avec une pseudo-paroi constituée d'éléments hétérogènes, inflammatoire et peu résistante.

Le drainage du wirsung transpapillaire, lui, a des indications restreintes : il s'agit uniquement des pseudokystes en large communication avec le wirsung, dilaté et sans obstacle notoire en aval. On lui adjoint habituellement une sphinctérotomie préalable.

Quant à l'hémi-pancréatectomie gauche d'amont, solution idéale à tous points de vue, nous ne la destinons qu'aux faux kystes situés très à gauche, en cas de lésions pancréatiques d'amont très importantes et très évolutives chez des malades dont l'état général est relativement satisfaisant. On ne l'utilise souvent d'ailleurs que comme second temps concerté, après drainage externe ou interne, surtout lorsque ces méthodes auront préalablement échoué.

Vu, le Président de Thèse :

Professeur MERCADIER

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur G. BROUET

Vu, et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

1 - BRANDENBURG F., MUDDOCK et SCHWEITZER R. J. :

Kystogastrostomie, traitement des pseudo-kystes
Ann. surg. 133 (1951)

2 - BRILHART et PRIESTLEY :

Journal of surgery (février 1951)

3 - COUINAUD C. :

Traitement des kystes de la tête du pancréas,
semaine des hôpitaux (juin 1962)

4 - CATTELL et WARREN :

La chirurgie du pancréas
Saunders édit. Philadelphie (1953)

5 - CLERMON :

Thèse médecine Paris 1960

6 - DELANNOY, LAGACHE et GAUTHIER :

Arch. des maladies de l'appareil digestif 40 n° 4 (1951)

7 - DOUBILET H. et MULHOLLAND J. H. :

Kystes du pancréas, principes du traitement
Surg. gynéc. obstétr. vol. 96 (1953)

8 - DOUBILET, POPPEL et MULHOLLAND :

Kystes du pancréas, traitement par drainage du canal
de wirsung
Radiology t. 64 n° 3 (1955)

9 - EDERLY :

Zent. fur. chirurg. (1941, 1951)

10 - FRANKE H. :

Sur la question de l'anastomose interne des
kystes pancréatiques
Zent. fur. chirurg. (1949) vol. 74

11 - GIELIS :

Pseudo-kystes du pancréas, mémoire pour le titre
d'assistant étranger (1958)

.../...

12 - GRIESSMANN H. :

Le traitement des kystes du pancréas
Chirurg. 1948

13 - GURWITZ J. et HURWITZ A. :

Traitement des kystes du pancréas
Ann. surg. 129 (1948)

14 - JEDLICKA :

Une nouvelle méthode pour la chirurgie des kystes du pancréas, la pancréato-gastrostomie
Zbl. chirurg. 1923, 50

15 - JURACZ A. :

La question du traitement chirurgical des kystes du pancréas
Arch. klin. chirurg. (1931), 64

16 -KORTE W. :

Le traitement des kystes du pancréas et des pseudo-kystes
Deutsche med. wschr. 1911, 12

17 - KOURIAS B. :

Drainage interne des kystes pancréatiques
J. chirurg. 1952 t. 68

18 - LAWTON S. E. et MOSSEY :

Kystes du pancréas
Arch. surg. juin 1954, 68

19 - LEGER et BREHANT :

Chirurgie du pancréas 1956

20 - LEGER et GUYET :

Lésions kystiques et pseudo-kystiques du pancréas, essai de regroupement à orientation thérapeutique
Presse médicale nov. 1958, 66

21 - MALLET-GUY P. et FEROLDI J. :

Sur le traitement des pseudo-kystes nécrotiques du pancréas
Lyon chirurg. 1955 t. 50

22 - MALLET-GUY et MICHOULIER J. :

La pancréatectomie d'amont dans le traitement des pseudo-kystes du pancréas
Lyon chirurg. sept. 1958, 54

.../...

23 - MALLET-GUY P. et MICHOULIER J. :

Résultats et indications du traitement chirurgical des pseudo-kystes
Journal de chirurgie sept. 1958, n° 76

24 - MALLET-GUY, FEROLDI, MICHOULIER, GIURIA et INFRANZI :

Etude expérimentale des pseudo-kystes pancréatiques
Lyon chirurgical nov. 1954

25 - MERCADIER M. :

Méthodes et indications du traitement chirurgical des formations kystiques et pseudo-kystiques du pancréas
J. chirurg. oct. 1958

26 - MICHOULIER J. :

Thèse de médecine
Lyon 1958

27 - MOCQUOT et CONSTANTINI H. :

Contusions du pancréas et faux kystes traumatiques
Revue de chirurgie (1923)

28 - MOUSSEAU et DE FERON :

Traitement d'un faux kyste du pancréas par anastomose primitive d'une anse jejunale partiellement exclue
Mémoire académie de chirurgie 1956 t; 82

29 - MIGGLIACCIO et LAURELLI :

Kystes du pancréas ; drainage interne utilisant le procédé de Roux
Surg. t. 24 (1948)

30 - NICOL M. :

Pseudo-kystes traumatiques du pancréas ; considérations anatomopathologiques et déductions thérapeutiques
Annales de chirurgie nov. 1959

31 - OLLIVIER CL., LORD G., LIBOURDE H., STAVRE CH. :

Les faux kystes du pancréas et leur traitement
Actualités hépato-gastro-entérologiques de l'Hôtel-Dieu (1956)

32 - POER et STEPHENSON :

Résultats éloignés du traitement des kystes du pancréas par drainage interne
S. G. O. 1949, 89

.../...

33 - ROSI :

Drainage interne des kystes du pancréas par anastomose jejunale en Y utilisant le procédé de Roux
Arch. surg. 1951

34 - SHUMAKER R. :

Drainage interne des kystes du pancréas par kysto jejunostomie en Y
Surg. janvier 1954

35 - SHULZE, BERGMANN :

Contribution à l'étude du kyste perforant du pancréas
Zbl. chir. 1957, 82

36 - SOUPAULT R. :

Anastomoses bilio-digestives et pancréatico-digestives
1961

37 - VITTORI, MATTEI et DOUBLIER :

Pseudo-kystes du pancréas
Lyon chirurg. 1955 t. 50

38 - ZAOUSSIS A. L. :

Kystes du pancréas, traitement chirurgical et en particulier utilisation du drainage interne avec rapport sur 6 cas
Ann. surg. 1953, 138

39 - ZAOUSSIS A. L. :

Thèse Athènes 1951

EDITIONS A.G.E.M.P.
8 RUE DANTE
- PARIS V° -
ODÉ 58-90